病例报告

螺旋CT诊断肝脏上皮样血管内皮瘤1例报告

肖日国
江苏省泰兴市第三人民医院CT室，江苏 泰兴 225400

摘要：目的 分析肝脏上皮样血管内皮细胞瘤的CT影像表现，提高对肝脏上皮样血管内皮细胞瘤的诊断水平。**方法** 东大螺旋CT平扫、增强扫描、延迟扫描，分析肝脏上皮样血管内皮细胞瘤平扫、增强扫描、延迟扫描的影像图像。**结果** 肝脏弥漫性低密度病灶，边界欠清晰，增强扫描病灶轻度强化，延迟扫描病灶中央部有结节样强化，边缘始终无强化。**结论** 肝脏上皮样血管内皮瘤多分布在肝包膜下，增强后病灶轻度强化，有肝包膜凹陷征，有病灶融合征象。无明显边缘强化，未见有钙化征象，螺旋CT检查有它独有的影像表现。

关键词：X线计算机；体层摄影术；肝脏肿瘤；上皮样血管内皮瘤

肝脏上皮样血管内皮细胞瘤最早于1982年有Weiss和Enzinger首先描述并命名的[1]。上皮样血管内皮瘤多发生多发生在软组织、肺、骨、脑，亦可发生在脾脏、乳腺等脏器[2]。发生在肝脏部位的甚少，有文献统计发病率约0.003%，男女发病比率约为2:3，发病年龄可小到10多岁，大到80多岁，平均年龄45岁[3]。最早在肝脏认为是转移性肿瘤，直至在1984年Ishak才发现为肝脏原发性肿瘤[4]。肝脏上皮样血管内皮瘤(HEHE)是一种起源于血管的低度恶性肿瘤，恶性程度介于血管瘤和血管内皮肉瘤之间[5]。HEHE临床表现可有食欲不振、厌食、消瘦、呕吐、黄疸等现象，其病因不明，有文献认为与口服避孕药史、氯乙烯污染、病毒性肝炎、自身免疫等有关[6]。病理切片检查是确诊HEHE的金标准。治疗多以放、化疗、肝移植等方法。预后不一，3~10年存活率都有，有文献报道1位肝移植治疗的HEHE患者存活时间超过15年[7]。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者，男，44岁，一般情况好，未诉有任何不适。无发热、盗汗，无咳嗽、咳痰、纳差、大小便异常、消瘦现象，无巩膜黄染及全身黄疸征象。查体：无体表淋巴结肿大征象，肝脏肋下未及，无明显异常病理反射征象。实验室检查：ALP、GGT、GOP、GDP、r-GT、AFP、CEA均未见异常增高现象。2016年2月9日在我院体检时，B超偶尔发现“肝脏多发占位”。

1.2 方法

患者行螺旋CT扫描，扫描前认真对患者进行呼吸训练，力求做到每次屏气程度一致。扫描范围从膈顶部到双侧肾脏下缘。层厚、层距各为10 mm，螺距为1.0，窗宽为200 HU，窗位为50 HU。患者仰卧，双手抱头，屏气。分别做常规10 mm平扫、非离子碘海醇100 mL造影剂以2.5 mL/s增强动脉期扫描、门脉期扫描及延迟4 min扫描。然后观察4种条件下产生的CT图像并对比分析。

2 结果

本文四幅图片为患者肝脏同一平面不同时间的CT影像。图1A显示该患者肝脏内见有数十个大小不等的低密度病灶，最大者约2.3 cm×2.0 cm，平扫边界欠清楚，绝大部分病灶位于肝包膜下2 cm左右范围内。靠近肝包膜的病灶，出现了“肝包膜凹陷征”，部分病灶有融合征象，未见有钙化灶存在。图1B显示有些病灶推挤血管，部分病灶包绕血管，动脉期病灶呈现轻度强化，边缘未见明显强化；图1C显示门脉期病灶仍然强化不明显，部分病灶中央呈点状高密度影，无渐进式造影剂充填征象；图1D显示延迟4 min扫描，绝大部分病灶中央呈结节状强化，边缘无明显强化，整体病灶仍呈低密度影，与正常肝组织密度差异明显。腹腔内、腹膜后均未见明显肿大淋巴结，腹腔内无积液。随后患者去上海中山医院检查PET-CT等一系列检查，活检切片确诊为肝脏上皮样血管内皮瘤。未经确切治疗。

3 讨论

CT影像上 HEHE小到几毫米，大到8 cm，一般在2 cm左右[7]。肝脏上可单个病灶，绝大多数是多发病灶，多的可达数十个甚至上百个[8]。一般分布在肝包膜下2 cm范围内，呈周边分布，极少病灶在肝脏深部[2]。平扫病灶98%左右为低密度，2%的患者可表现为略高密度或不均匀密度，高分辨率CT可显示病灶中央有更低密度影，边缘不是清晰，可有出血、钙化等征象，贴近肝包膜的可见“肝包膜凹陷征”[3]增强动脉及门脉期病灶

收稿日期：2016-06-01
作者简介：肖日国，副主任医师，E-mail: abcantty567@sohu.com

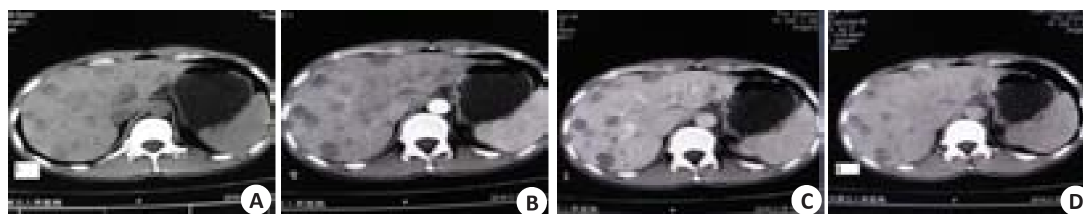


图1 患者肝脏同一平面不同时间的CT影像

A: 平扫显示多发性低密度病灶, 绝大部分病灶在肝包膜下2 cm左右范围内分布; *B:*增强动脉期, 部分病灶边缘轻度强化; *C:*门静脉期, 少部分病灶呈现晕征, 无渐进性充填; *D:*延迟期, 绝大部分病灶呈现晕征, 无充填.

均呈轻度强化,边缘可有强化,延迟扫描病灶没有渐进式充填征象,绝大多数病灶呈晕征表现。磁共振检查T1W1显示低信号,T2W1显示中高信号[7]。本文病例没有任何不适,一切检查包括肝功能、AFP、CEA检查均呈阴性,常规体检时偶尔发现,这与之前报道的许多病例相比较有些特殊,病灶也相对较多,可用弥漫来形容。与之前的病例比较,这个病例病灶没有钙化,没有出血,增强扫描边缘基本没有强化,但是有肝包膜下分布的特点,有肝包膜凹陷征,有病灶融合征象,延迟扫描时绝大多数病灶才显示明显的晕征。

总之,肝脏上皮样血管内皮细胞瘤,可能没有任何临床表现,影像科医师只能凭CT和MR图像,根据HEHE的固有形态及分布特征、造影剂增强扫描特点等作出判断,最后明确诊断需靠病理科切片检查。

肝脏上皮样血管内皮瘤CT影像上主要和肝海绵状血管瘤、肝脏转移瘤及肝脏血管肉瘤鉴别,和良性血管瘤还是好鉴别的,不加赘述。和肝脏转移瘤鉴别相对较困难,但是转移瘤增强显示牛眼征,HEHE显示晕征,而且肝脏转移瘤分布没有HEHE有特征,再结合临床,还是可以鉴别[9, 11]。肝脏血管肉瘤也是少见恶性肿瘤,CT图像上一般数目比血管内皮瘤少,在肝脏内分布也没有HEHE规律,形态上比HEHE大,平扫一般呈低密度,其内密度均匀或不均匀,边界不清晰[10]。增强动脉期呈中心斑点状强化,少数呈边缘结节状强化,随后呈渐进式强化特点,最后和肝脏等密度强化[12]。巨块型病灶多成小片状不均匀渐进式强化,整个病灶的强化程度低于肝实质密度,这些表现与海绵状血管瘤及HEHE存在区别。

参考文献:

[1] 高 翔, 王金宁, 欧阳继业, 等. 肝脏上皮样血管内皮瘤的CT及MRI表现[J]. 宁夏医学杂志, 2013, 35(2): 123-5.

[2] 缪建良, 刘 森, 陈达伟. 肝脏上皮样血管内皮瘤的影像学特征[J]. 放射学实践, 2011, 26(7): 736-8.

[3] 吕 鹏, 林 江, 周 易, 等. 肝脏上皮样血管内皮瘤:影像表现和病理基础[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2011, 17(5): 416-9.

[4] 潘 晶, 丛文铭. 肝脏上皮样血管内皮瘤[J]. 临床与实验病理学杂志, 2003, 19(1): 85-7.

[5] 梁 晓, 张红梅. 肝脏上皮样血管内皮瘤影像学和病理学特征[J]. 中华肿瘤杂志, 2015,7(4): 59-61.

[6] 徐 嫣, 陈燕萍, 王 琦, 等. 原发性肝脏血管肉瘤的螺旋CT表现[J]. 临床放射学杂志, 2011, 30(9): 1306-9.

[7] 赵桂玖, 王庆兵, 曾蒙苏, 等. 肝上皮样血管内皮细胞瘤的CT和MRI表现[J]. 中国临床医学影像杂志, 2015, 23(8): 51-4.

[8] 张晓山, 李晓辉. CT诊断肝脏上皮样血管内皮瘤1例[J]. 山东医药, 2010, 50(5): 53-9.

[9] 陈 漪. 肝上皮样血管内皮瘤的诊断与鉴别诊断[J]. 实用肝脏病杂志, 2013,10(5): 398-400.

[10] 唐 浩, 邹丹凤, 张 妮, 等. 肝脏原发性血管肉瘤的CT表现[J]. 临床放射学杂志, 2011, 31(10): 139-41.

[11] 栾成明. 肝脏转移瘤的CT表现与病理分析[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 14(26): 212-4.

[12] 陆伟忠, 周建良, 付引弟. 肝脏少见血管源性恶性肿瘤的CT表现[J]. 中国CT和MRI杂志, 2012, 10(3): 54-5, 59.